TRÄNENDRÜSENTUMOR DES LIDES

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

ALICE GUSTAV, GEB. HAJDUK

Saarbrücken

1972

Aus dem Pathologischen Labor der Augenklinik
der Universität des Saarlandes in Homburg/Saar

Leiter: Prof. Dr. med. W. Kreibig

TRÄNENDRÜSENTUMOR DES LIDES

I N A U G U R A L D I S S E R T A T I O N

zur Erlangung der Doktorwürde
der
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

A l i c e G u s t a v, geb. H a j d u k

Dekan: Prof. Dr. med. H. Kulenkampff

Referent: Prof. Dr. med. W. Kreibig

Die mündliche Promotionsprüfung wurde am 25. Mai 1972 bestanden.

EINLEITUNG

Die Geschwülste der Augenlider zeigen eine besondere Vielfalt und sind auch häufig. Dabei werden auch schon kleine Tumoren frühzeitig entdeckt, da sie an einer so auffälligen und kosmetisch wichtigen Stelle sitzen.

Im Vordergrund stehen dabei die hauptsächlich im Gesicht und der ganzen Kopfregion vorkommenden Basaliome und selteren epithelialen Tumoren, das Plattenepithelcarcinom, das Keratoakanthom und das verkalkende Epitheliom Malherbe. Diese epithelialen Formen können das klinische Bild oft weitgehend ändern, so daß die endgültige Diagnose oftmals der histologischen Untersuchung vorbehalten bleiben muß (RINTELEN 1966).

Der komplizierte anatomische Aufbau der Augenlider weist aber noch weitere Gewebsteile auf, die gleichfalls als Ausgangspunkte für Geschwülste in Frage kommen. Zahlreiche Nervenbündel und Gefäße, sowie die intra- oder subepithelialen Pigmentzellen sind hier zu erwähnen, während die glatten und quergestreiften Muskelfasern praktisch als Geschwulstmatrix ausscheiden.

DIE BEDEUTUNG DER DRÜSEN DES LIDES BEI DER ENTSTEHUNG DER TUMOREN IM LID.

Auch die Drüsen des Lides können als Ausgangspunkt für Tumoren des Lides in Frage kommen.
Die im Tarsus gelegenen Meibomschen Drüsen sind in diesem Sinne besonders wichtig; einerseits wegen der anfangs schwierigen Diagnose, andererseits aber wegen des oftmals schweren Verlaufs, den diese Tumoren durch ihr oftmaliges Rezidivieren zeigen.
Die anderen Drüsen der Lider, die multiplen Epitheleinstülpungen, meist mit zahlreichen Becherzellen scheinen hier, trotz der zahlreichen und meist chronischen Reizungen ebensowenig zu Geschwulstbildungen zu neigen wie die so häufigen schweißdrüsenartigen tubulären kleinen Verbände, an denen man wohl onkocytäre Zellumwandlungen findet, aber keinerlei geschwulstartige Wucherungen.

Es finden sich verstreut im Bereich der Lider gelegentlich kleine Läppchen von typischem Tränendrüsengewebe. Sie sind von der großen, zweiteiligen Tränendrüse deutlich getrennt und liegen meist im lockeren subkonjunktivalen Bindegewebe im Fornixbereich. Ihre Zahl ist immer gering; für das Oberlid stellte Terson (EISLER 1930) in 80 % der Fälle durchschnittlich drei, im Unterlid in 30 % - nur eine Drüse fest.

Die Größe schwankt beträchtlich, der Durchmesser kann jedoch 4 mm erreichen. Sie erscheinen als kleine Höcker der Bindehaut, wenn man die obere Übergangsfalte bei umgekehrtem Oberlid stark entgegendrückt oder doppelt ektropioniert. Sie stellen fast immer nur Zufallbefunde dar.

Die Tränendrüse entwickelt sich aus der Bindehaut durch Epitheleinstülpungen. In einem frühen Embryonalstadium findet Ask (EISLER 1930) Ectodermwucherungen vornehmlich im Fornix lateral oben, doch auch einige am Unterlid.
Eisler führt an, daß akzessorische Tränendrüsen in der tarsalen Bindehaut selten, häufiger in der Conjunctiva mobilis angetroffen werden können (EISLER 1930).
Diese sogenannten Kraus'schen Drüsen entsprechen in ihrem histologischen Aufbau völlig der großen Tränendrüse und sind manchmal von großer Bedeutung, wenn z.B. die Hauptdrüse wegen einer Geschwulst oder einer, früher häufigeren Drüsentuberkulose im Ganzen entfernt werden mußte. Vielfach blieb dann das Bild einer Keratoconjunctivitis sicca aus, da die accessorischen Tränendrüsen vikariierend mit ihrer Tränensekretion einsprangen.
So nützlich diese Kraus'schen Drüsen sind, so können sie selbstverständlich auch alle Erkrankungen zeigen, die wir von der großen Tränendrüse zu sehen gewohnt sind.

URSPRUNG, HISTOLOGIE UND KLINIK DER MISCHTUMOREN DER TRÄNENDRÜSE

Wir kennen an der Tränendrüse Tumorformen, die im wesentlichen den Geschwülsten der Speicheldrüsen entsprechen (PAUS 1922).

Während reine Adenome im Schrifttum nicht erwähnt werden, sind die "Mischtumoren" der Tränendrüse nicht allzu selten BÖCK und FEYERTER 1966). Es handelt sich dabei um drüsige Geschwülste, deren Stroma vermutlich infolge Einlagerung saurer Mucopolysaccharide entweder mehr chondromatös oder mehr myxomatös umgewandelt wird. WILMS (1901) hat diese Formen als Chondro-Myxoepitheliome auf abgesprengte Keime zurückgeführt und LÖHLEIN (1930) berichtet noch über ein Chondrom der Lider als Keimabsprengung und als Mischgeschwulst im Sinne WILMS. KÜMMEL (1931) erwähnt drei Fälle, die scheinbar als derartige Mischtumoren an den Lidern zu deuten sind. Das neuere Schrifttum dagegen läßt diese Geschwulstform an den Lidern unerwähnt, obwohl derartige Bildungen - zwar selten - doch immer wieder vorkommen. Letztens hat BÖCK und FEYERTER (1966) ausführlich über diese Tumoren der Tränendrüse geschrieben, wobei ihnen ein umfangreiches Material von Fällen zur Verfügung gestanden hat. Derartige Tumoren der Lider fehlen aber in ihrem Untersuchungsgut.

Nach BÖCK und FEYERTER ist das solide (tubulär-solide)

Adenom keine selbständige Adenomtype, es bildet nur die Grundform des sogenannten Speicheldrüsenmischtumors. Seine besonderen Erscheinungsformen sind der vulgäre myxochondromatöse sog. Speicheldrüsenmischtumor und der sog. Mucoepidermoidtumor (= das Epithélioma à double métaplasie - MASSON et BERGER 1924).
WILLIS (1953) hat diese Typen unter der Bezeichnung pleomorphes Adenom zusammengefaßt.
Wie schon erwähnt, werden diese Mischtumoren als epitheliale Bildungen mit einer durch saure Mucopolysaccharide bedingten Umwandlungen des Stromas in chondromartige oder mehr myxomatöse Bilder angesehen.

In histologischer Beziehung bieten also die Mischtumoren ein höchstverschiedenes Bild dar. Das Stroma besteht aus fibrillärem, mehr oder weniger zellreichem Bindegewebe: aus Schleimgewebe, Knorpel, selten Fett, Knochen und lymphatischem Gewebe. Ebenfalls das Parenchym der Geschwülste ist höchst schwankender Art. Neben Stellen mit großen, zusammenhängenden Komplexen ohne ausgeprägter Intercellularsubstanz und nur mit zellarmen, fibrillärem Bindegewebe versehen, finden sich Stellen mit ganz kleinen Parenchyminseln. Im Parenchym lassen sich Hohlräume verschiedener Größe und Form erkennen, die an Drüsen-Lumina erinnern und schleimigen oder hyalinen Inhalt zeigen. Gelegentlich finden sich neben den drüsigen Formationen auch geschichtete Plattenepithelinseln, z.T. mit

deutlicher Verhornung.

Die Möglichkeit solcher Geschwulstbildungen ist somit auch in den Augenlidern gegeben. Es fragt sich nur warum derartiges so selten zur Beobachtung kommt.

Diese Tränendrüsentumoren sind fast immer gut abgekapselt, wachsen ungemein langsam und werden bei einer kleinen accessorischen Tränendrüse zunächst kleine - durch die Kapsel bedingte - sich hart anfühlende Knoten bilden, die im Lid selbst liegen.

Damit ergibt sich eine große Schwierigkeit in der Differentialdiagnose gegenüber dem so häufigen Chalazion, dem Hagelkorn, das sich zumeist im Tarsus im Bereich einiger Läppchen der Meibom'schen Drüsen reiz- und schmerzlos entwickelt. Es ist von harter Konsistenz und wird nach Eröffnung ausgeschält oder exkochleiert. Dabei zeigt sich klinisch oft ein schleimig-weicher Inhalt, der wegen der Banalität dieser Chalazien histologisch nicht untersucht wird. Je nach dem Überwiegen der myxomatösen Anteile würde ein kleiner, im Lid liegender Tumor von einer accessorischen Tränendrüse das gleiche Bild der operativen Entfernung darbieten und dann wohl in den meisten Fällen als Hagelkorn einer histologischen Untersuchung entgehen. So hat in den 30-ger Jahren MARKUSFELD-BRUNSWICK in der Ophtalmologischen Gesellschaft in Wien über einen

derartigen Fall berichtet, der aber wegen seiner Größe doch histologisch untersucht wurde und dann entgegen der klinischen Chalaziondiagnose einen Tränendrüsenmischtumor ergab. (Die Einsendung eines Referates für den Sitzungsbericht unterblieb jedoch leider.)

Im Schrifttum sind die einschlägigen Fälle nur ganz selten erwähnt und auch in den modernen Monographien sind diese Formen von Lidtumoren fast nicht erwähnt.

Früher war das Ausschälen von Hagelkörnern zweifellos eine Operation, die der Patient doch möglichst lange hinauszögerte und so eben nur vornehmen ließ, wenn die Geschwulst größer wurde. Damit regte sich das früher doch häufiger vorhandene histologische Interesse und die wahre Natur des Knotens konnte aufgedeckt werden. Das histologische Interesse hat aber inzwischen stark abgenommen und die Patienten wünschen schon frühzeitig, z.T. auch aus kosmetischen Gründen die Entfernung der äußerlich oft schon sichtbaren, immer aber schon tastbaren harten Bildung im Lid.

TRÄNENDRÜSENMISCHTUMOREN IM LID NACH ANGABEN DER LITERATUR

Schon im Jahre 1878 fand FUCHS einen Knoten im Lid, der Knorpelinseln enthielt.

Im Jahre 1920 beschrieb WICK eine seltene Lidgeschwulst und bezeichnete sie als Fibro-Chondro-Epitheliom. Bei WICKS Beobachtung handelte es sich um eine in allen Richtungen 1 cm messende Geschwulst, dicht unterhalb des linken inneren Lidwinkels eines 28-jährigen Mannes. Der Tumor saß breitbasig in der Haut und war nicht mit der Nachbarschaft verwachsen.
Mikroskopisch bestand er von feinsten Fibrillen durchzogenem Gewebe mit teils rundlichen, teils unregelmäßigen oder sternförmigen Zellen. Stellenweise fand sich ein knorpelartiges Gewebe mit Spuren von Verkalkung. Die schmalen und breiten Zellstränge umschlossen spaltförmige oder runde Hohlräume. WICK äußert die Möglichkeit der Entstehung dieses Tumors durch eine Keimabschnürung oder Keimverlagerung.

Etwas später beschrieb GERLACH (1929) eine haselnußgroße Geschwulst der Augenbraue bei einem 58-jährigen Manne, welche seit 7 bis 8 Jahren bestanden hatte. Sie hatte ein hornähnliches Aussehen und war gut abgekapselt. Histologisch zeigte die Geschwulst das Bild eines Mischtumors wie sie die Speicheldrüsen, insbesondere auch für die Parotis und die

Tränendrüsen typisch sind, dessen Lokalisation an dieser Stelle aber doch als ungewöhnlich bezeichnet werden muß. Trotz des Reichtums des Tumors an Zellen, ließen sich keine Anhaltspunkte für ein malignes destruierendes Wachstum erbringen, so daß die Gewebsneubildung durchaus als gutartig anzusprechen war.

Weitere ähnliche Fälle wurden von KÜMMEL (1931) erwähnt. Eine der beschriebenen Geschwülste saß im inneren, oberen Winkel des Auges. Die Lokalisation anderer Geschwülste war nicht erwähnt. Mikroskopisch waren knorpelige Bestandteile nicht zu erkennen. Aber auch hier waren vielfach miteinander verzweigte oder auch geschlossene Hohlräume, die von ein bis zweischichtigem Epithel ausgekleidet sind, zu finden.

Ferner sollte noch der Fall einer 42-jährigen Frau angeführt werden, deren Geschwulst des rechten Oberlides Helene PUSCARIU (1932) beschrieben hat. Im Laufe von vier Jahren wuchs die Geschwulst von Erbsen- bis Kirschgröße. Bei der Aufnahme in der Klinik war die Geschwulst gut begrenzt, die bedeckende Lidhaut war unverändert und beweglich, die Oberfläche war leicht uneben. Mikroskopisch bestand die Neubildung aus "einem pseudoglandulären Gewebe mit Wucherungen von Zellelementen, die an ein Karzinom erinnern" (PUSCARIU 1932).

Schließlich berichtet EVANS (1964) über ein Unterlid-Adenom bei einer 50-jährigen Negerin aus Süd-Rhodesien. Es handelte sich um eine am linken Unterlid seit zwei Jahren bestehende, sich langsam vergrößernde, derbe unter der Haut verschiebliche nicht druckschmerzhafte gelappte Geschwulst. Der Tränenkanal war durch den Tumor verdrängt, es bestand jedoch keine Verbindung. Die histologische Untersuchung der operativ entfernten Geschwulst ergab ein pleomorphes Adenom (Mischtumor).

EIGENE BEOBACHTUNG

Es handelte sich um eine 74-jährige Patientin, Frau R.H., welche am 10.10.1967 wegen einer Geschwulst der Universitäts-Augenklinik Homburg/Saar zur operativen Therapie überwiesen wurde.

Vorgeschichte:
Sie gab an, vor etwa 15 Jahren am linken Oberlid eine fast reiskorngroße Geschwulst bemerkt zu haben, die keinerlei Schmerzen verursachte. Sie sei deswegen in Dresden an der Augenklinik operiert worden. An die genaue Lokalisation könne sie sich nicht mehr erinnern, es sei ihr damals erklärt worden, daß es sich um eine gutartige Bildung gehandelt habe. Einige Jahre später sei dann an gleicher Stelle wieder ein Knötchen entstanden.
Wegen Umsiedlung in den Westen sei die Patientin zunächst an eine in der Nähe gelegene Augenklinik gegangen. Dort habe man die Entscheidung, ob es sich um eine Geschwulst oder um eine entzündliche Bildung handle, offen gelassen und zunächst auf jede Behandlung verzichtet. Die Patientin suchte dann wegen weiterer Größenzunahme eine Augenärztin an ihrem Wohnort auf, die zunächst eine von der Klinik in Aussicht gestellte Strahlenbehandlung durchführte (2 Serien mit insgesamt 10.000 r). Es erfolgte keinerlei Reaktion, der Lidknoten vergrößerte sich weiter, so daß die Augenärz-

bin die Patientin nochmals der Augenklinik überwies. Hier wurde nun nochmals die Differentialdiagnose zwischen Tumor und Entzündung offen gelassen. Die Kollegin sölle ein Cortison-Präparat in den Knoten einspritzen. Wenn der Knoten sich daraufhin nicht verkleinere oder reagiere, müsse wohl ein Tumor angenommen werden. Eine Operation käme wegen der starken Entstellung nicht in Frage, die Kollegin solle doch versuchen, den Knoten zu exkochleieren. Dies erfolgte 1962 und wegen weiterem Wachstum noch einmal 1964. Beide Male wurde das weiche Gewebe histologisch untersucht. Der erste Befund lautete: Chondromatös umgewandelte Granulationen, der zweite: Gutartiges Myxofibrom. Trotzdem vergrößerte sich der Knoten. Da die Patientin inzwischen nach Süddeutschland übersiedelt war, suchte sie in ihrer neuen Heimatstadt eine andere Augenärztin auf, die die Patientin unserer Klinik zur Operation überwies.

Aufnahmebefund vom 17.10.1967:

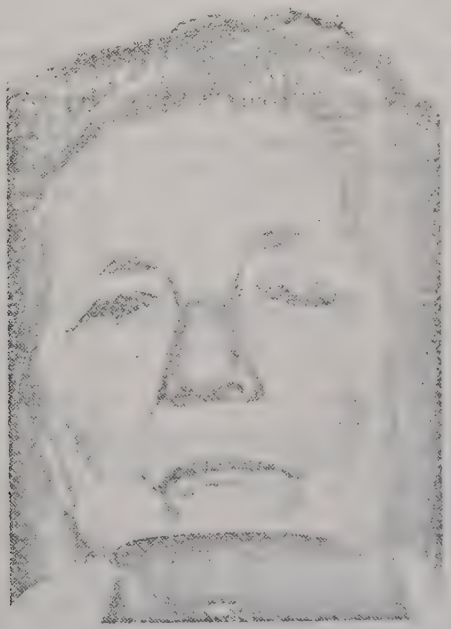
Rechtes Auge:

Altersentsprechender Befund ohne Auffälligkeiten.

Linkes Auge:

Das Oberlid ist im gesamten Bereich zwischen beiden Lidwinkeln, nasal sogar etwas darüber hinaus und nach oben zu bis über den oberen Tarsusrand von einem sehr derben, harten und höckerigen Knoten eingenommen, der aber überall von zarter, glatter und meist gut verschieblichen Haut überzogen ist. Die Lidkante ist nur mehr an kurzen Stellen durch vereinzeltes Wimpernwachstum zu erkennen. Das Oberlid läßt sich verhältnismäßig leicht umstülpen, dabei zeigt sich, daß der

obere Fornix frei ist, die tarsale Bindehaut ist ebenfalls gut erhalten, zeigt aber doch mehrfache flache Höckerbildungen, sowie mehrfache ungewöhnliche Gefäßbildungen unter der Bindehaut. Auffallend dabei ist, daß das ganze Oberlid leicht durchscheinend ist. Lateral begrenzt sich dieser Knoten etwa mit dem Lidwinkel. Gegen die Tränendrüse zu begrenzt sich der Knoten ganz scharf mit einem etwa 3 mm breiten, ganz zarten, dünnen Gewebsstreifen.
Das Unterlid ist vollkommen unauffällig.
Der Knoten im Oberlid hatte eine solche Größe erreicht, daß die Lidspalte durch das verdickte unförmige Oberlid fast verschlossen war und so auch kosmetisch störend wirkte (Abbildung 1).



Bindehaut: Conjunctival injiziert, obere Übergangsfalte erhalten.

Hornhaut: Glatt, spiegelnd, deutliches zirkuläres Gerontoxon, zarter Limbusgürtel nasal im Lidspaltenbereich. Paranchym o.B.

Vorderkammer: Mitteltief, zahlreiche feinstkorpuskuläre Elemente in träger WS.

Regenbogenhaut: Reizfrei, Pupillarsaum- und Stromablattatrophie.

Pupille: Medikamentös maximal weitgestellt, keine Synechien.

Linse: Am Ort, zarte Cataracta coerulea, zentrale Linsenabschnitte noch klar.

Glaskörper: Ausgesprochen fädig destruiert und verflüssigt. Deutliche Schlieren- und Strangbildung.

Augenhintergrund: Papille scharf begrenzt und vital gefärbt, nicht prominent oder excaviert. Zentraler Gefäßaustritt. In der Peripherie ausgesprochene Netzhaut- und Aderhautgefäßsklerose. Deutliche Schollenzeichnung und Marmorierung der Netzhaut im Bereich des hinteren Pols, in welcher die Makula nur schwer auffindbar ist. In der Netzhautperipherie waren keine gröberen krankhaften Veränderungen.

Sehvermögen:

Ferne: Rechtes Auge: Mit +2,5 sph = 6/6 p
Linkes Auge: Mit +3,0 sph = cyl. -0,75/0° = 6/9 p

Nähe: Rechtes Auge: Mit +5,75 sph = Nd. 3/40 cm
Linkes Auge: Mit +6,0 sph cyl. -1,0/0° = Nd. 3/40 cm

Die sogleich durchgeführte Untersuchung der Gesichtshaut, insbesondere der Lymphknoten ergab keinerlei krankhaften Befund.

Nach dem ganzen bisherigen Verlauf und dem erhobenen Befund konnte es keinem Zweifel unterliegen, daß hier ein ungemein langsam wachsender Tumor vorlag. Die erste Exzision vor 15 Jahren war zweifellos histologisch untersucht worden und hatte den Befund eines gutartigen Tumors ergeben. Näheres konnten wir nicht mehr erfahren. Dann rezidivierte diese

Bildung und später vergrößerte sie sich auch nach den beiden Exkochleationen. Es ist nicht ganz verständlich, wieso die konsultierte Augenklinik immer wieder die Möglichkeit eines entzündlichen Prozesses vorbrachte, obwohl dieser Knoten gut abgekapselt war und die Lidhaut völlig frei ließ. Die Tumordiagnose stand somit absolut fest, offen bleiben mußte dagegen die Frage nach der Art dieser Geschwulst. Deshalb wurde auf die Vornahme einer Probeexzision verzichtet, da bei der guten Abgrenzbarkeit des Tumors, der von Lidwinkel zu Lidwinkel, von der Lidkante bis zum oberen Tarsus reichte und die Bindehaut des oberen Fornix völlig frei und gut beweglich war, nur die völlige Resektion des ganzen Oberlides in Frage kam.

Nach gründlicher internistischer Durchuntersuchung wurde dann am 19.10.1967 die Resektion des linken Oberlides in Lokalanaesthesie durchgeführt. Der große Defekt ließ sich mit einem Stirnlappen gut decken, die Bindehaut des oberen Fornix wurde dann zur Überkleidung der Lappeninnenfläche heruntergezogen. Drei Wochen später wurde die Abtragung des nicht mehr benötigten Lappenstiels vorgenommen. Die Heilung war komplikationslos, so daß die Patientin am 16.11.1967 der einweisenden Augenärztin zurücküberwiesen werden konnte.

Ein halbes Jahr später erschien die Patientin wieder an der Klinik. Die einweisende Ärztin teilte mit, daß seit mehre-

ren Wochen am linken Auge bei etwa 11 Uhr, knapp innerhalb des Limbus ein kleines, grauweißes und sehr resistentes Infiltrat bestehe, das auf keine der bisher versuchten Behandlungsarten anspreche. Es wurde zunächst an das Vorliegen einer Keratoconjunctivitis sicca gedacht, da die massive Strahlentherapie zu einer Schädigung der Tränensekretion geführt haben könnte.

Die Probe nach Schirmer ergab aber nur eine etwas herabgesetzte Tränensekretion, außerdem bot das Hornhautepithel keine Zeichen für eine derartige Keratoconjunctivitis sicca. Dagegen kann es, besonders bei verminderter Tränensekretion nach einem Vollersatz eines Lides durch einen Stirnlappen zu einer meist umschriebenen Hornhautreizung kommen, wenn die neu gebildete Lidkante - durch exaktes Vernähen des unteren Randes der vorgezogenen Fornixbindehaut und dem Epithelrand des Stirnlappens gebildet - durch narbige Schrumpfung etwas entropioniert wird. Es liegt dann an dieser Stelle äußere Haut auf der Hornhaut. Dies wird nur sehr selten beobachtet und dürfte wohl mit der etwas verminderten Tränensekretion zusammenhängen. Drei entsprechend gelegte Snellen'sche Nähte führten rasch zu einer Abheilung des Hornhautinfiltrates. Im Dezember 1970 teilte die Patientin mit, daß sie sich wohl fühle und ließ dies durch einen kurzen Bericht ihrer behandelnden Augenärztin bestätigen.

Histologischer Befund des komplett resezierten Oberlides: Querschnitte durch das Oberlid zeigen durchwegs anstelle des Tarsus einen wulstigen Tumor eingelagert, der von einer derben Kapsel umgrenzt erscheint. Nach außen zu wird dieser längliche Knoten von der äußeren Haut mit gut erhaltenem Gewebe überdeckt, während an der Innenseite die Tarsale Bindehaut der Tumorkapsel ziemlich fest anliegt, ohne allerdings gröbere Veränderungen zu zeigen. An der Lidkante reicht das Tumorgewebe bis an das Epithel, das der Tumorkapsel stellenweise direkt aufsitzt.

Der Tumor selbst zeigt im wesentlichen zwei verschiedene Anteile. Zum Teil sind es Knoten, die kleinere Drüsenlumina mit flachem fast kubischem Epithel eingelagert in derbes bindegewebiges Stroma zeigen, zum Teil Anteile, in denen dieses Stroma in etwas bläulich gefärbte Inseln mit sternförmigen Zellen (3 - 5 Ausläufern) zeigen, die also myxomatös aussehen. In diesen fehlen drüsige Bildungen vollständig, sind aber bei PAS-Färbung leuchtend rot gefärbt. Ein Durchwachsen dieser Kapsel ist nirgends zu finden. Solide Zellzapfen oder Plattenepithelinseln fehlen.

Der histologische Befund ergibt somit einen Tumor, der z.T. aus drüsigen Anteilen, z.T. aus einem myxomatösen Gewebe besteht und durch eine Kapsel gut abgegrenzt ist. Derarti-

ge Geschwulstbilder sind uns von den sogenannten Mischtumoren der Speicheldrüsen und damit auch von den Tränendrüsen bekannt. Als Ausgangspunkt dieser Geschwulst dürfen hier die akzessorischen Tränendrüsen in Frage kommen, die ja im Bereiche des ganzen Bindehautsackes vereinzelt vorkommen. Dadurch scheint die Erklärung einer derartigen seltenen Geschwulstbildung zwanglos gegeben zu sein. Das Wissen um ihr Vorkommen ist allerdings fast verloren gegangen. In der modernen Literatur sind diese Fälle nicht erwähnt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Dieser Fallbericht erscheint uns deshalb so wichtig, da er auf diese Geschwulstformen der Augenlider hinweist, die zunächst wohl als Chalazionen imponieren, dann aber durch das häufige Rezidivieren und langsames Wachstum dem behandelnden Augenarzt zunächst Schwierigkeiten bereiten und erst durch eine histologische Untersuchung Klärung des Falles erbringen können.

In unserem Falle zeigte die histologische Untersuchung keinerlei Anzeichen einer malignen Umwandlung, die ja bei dieser Tumorform nicht selten ist. Auch scheint ein Rezidivieren nach der radikalen Exstirpation auszubleiben, was auch trotz radikaler Entfernung solcher Tumoren aus den Speicheldrüsen und Tränendrüsen nicht selten ist. Bei derartigen außerhalb der großen Speicheldrüsen und Tränendrüsen gelegenen Mischtumoren ergibt sich an den Augenlidern eine leicht verständliche Erklärung.

Nach PAUS (1922) liegt die Ursache der Rezidive entweder in einer unvollständigen Entfernung des Primärtumors oder in der ursprünglich multiplen Anlage. Da aber die Geschwülste gut abgekapselt und leicht entfernbar sind, ist meistens das letztere der Fall.

Wir dürfen aber nicht übersehen, daß ganz gleiche "Adeno-Myxo-Chondrome" mit Plattenepithelinseln auch fernab vom Kopf vorkommen können, bei denen dann zur Erklärung früher Keimversprengungen mit polyvalenten Entwicklungsmöglichkeiten, jetzt aber drüsige Bildungen mit auffälligen Stromaveränderungen als Erklärung herangezogen werden (KREIBIG 1931).

Die Mitteilung dieses Falles erscheint uns noch deshalb wichtig, da die Möglichkeit des Vorkommens derartiger Tumoren auch fernab von der Tränendrüse hervorgehoben werden konnte.

Es soll hier aber auch auf die Unzulänglichkeiten hingewiesen werden, die sich noch an den Augenkliniken in diagnostischer und therapeutischen Hinsicht ergeben.
Diagnostisch war doch durch die Anamnese und den ganzen Befund die Tumordiagnose feststehend. Eine Probeexzision bei entsprechenden Autoritäten hätte die Diagnose wohl ohne Cortisonspritze klargestellt. Therapeutisch sollte eine Augenklinik doch über die Möglichkeiten einer Operation im Klaren sein und nicht eine Patientin durch 15 Jahre bei immer zunehmenden Beschwerden leiden lassen.

ZUSAMMENFASSUNG

Vorliegende Arbeit ist auf der Grundlage eines Fallberichtes über einen Mischtumor der Tränendrüse im Lid aufgestellt.
Sie weist auf die Möglichkeit des Vorkommens derartiger Tumoren auch fernab von der Tränendrüse hin. Diese Tatsache ist bei Differentialdiagnosen aller knotenartigen Neubildungen im Lid von großer Bedeutung. Diese Geschwülste, obwohl sie selten vorkommen, breiten durch ihre Ähnlichkeit zu Chalazionen die Gefahr aus, auch wie Chalazionen behandelt zu werden.

Als Ausgangspunkt für Tumoren des Lides können nach der Reihe der Häufigkeit dienen: Das Epithel (Basaliom, Plattenepithelcarcinom, Keratoakanthom und das verkalkende Epitheliom Malherbe), zahlreiche Nervenbündel, Gefäße, die intra- oder subepithelialen Pigmentzellen und zuletzt alle Drüsen des Lides.
Hier stehen an erster Stelle die Meibom'schen Drüsen. Schweißdrüsenartige tubuläre Verbände spielen nur eine geringe Rolle, weil sie keine geschwulstartige Wucherungen bilden.

Wie unser Fallbericht nachweist, können nun auch die im Lid verstreuten accessorischen Tränendrüsen, die soge-

nannten Krauseschen Drüsen als Ausgangspunkt für Tumoren des Lides in Betracht kommen. Diese Drüsen haben einen histologischen Aufbau entsprechend der großen Tränendrüse. Deshalb können sie auch Tumoren haben, die wir von der großen Tränendrüse kennen. Erfahrungsgemäß also kommen hier hauptsächlich Mischtumoren in Frage.
Die neueste Beschreibung nach BÖCK und FEYERTER (1966) besagt, daß die Grundform für Mischtumoren das solide Adenom bildet. Die Erscheinungsformen der Mischtumoren in Abhängigkeit davon, ob das Stroma mehr chondromatös oder mehr myxomatös umgewandelt ist, sind: Der vulgäre myxochondromatöse Speicheldrüsenmischtumor und der Mucoepidermoidtumor.

Diese Tumoren des Lides kommen sehr selten vor. In der Literatur haben wir gefunden: FUCHS beschrieb einen Knoten im Lid, der Knorpelinseln enthielt (1878). Ferner beschrieb WICK (1920) eine 1 cm große Geschwulst des linken inneren Lidwinkels mit der mikroskopischen Diagnose: Fibro-Chondro-Epitheliom. Dann teilte GERLACH (1929) über einen haselnußgroßen Tumor der Augenbraue mit, der histologisch das Bild eines Mischtumors zeigte. Später erwähnte KÜMMEL (1931) drei ähnliche Fälle. Im Jahre 1932 beschrieb Helene PUSCARIU einen Mischtumor der Tränendrüse im Lid. Schließlich berichtet EVANS (1964) über ein Unterlidadenom. Das jüngste Schrifttum verschweigt diese Form von Lidtumoren, ob-

wohl diese Tumoren weiterhin immer wieder vorkommen.

In unserem Fall handelt es sich um eine 74-jährige Frau, welche wegen einer Geschwulst der Universitäts-Augenklinik Homburg/Saar zur operativen Therapie überwiesen wurde.

Anamnese: Entfernung vor 15 Jahren eines reiskorngroßen Knotens im linken Oberlid. Histologischer Befund ergab eine gutartige Bildung. Einige Jahre später erfolgte Rezidiv. Die Patientin hatte in einem gewissen Zeitabstand zweimal eine Augenklinik aufgesucht, wo die Entscheidung über eine Geschwulst oder eine entzündliche Bildung offen gelassen wurde. Inzwischen wurde bei der Patientin eine Strahlenbehandlung durchgeführt. Diese brachte keinen Erfolg. Aus diesem Grunde erfolgten zwei Exkochleationen des Tumors, die ebenfalls die zunehmende Größe des Tumors nicht verhinderten.
Bei der Aufnahme in der Klinik im Jahre 1957 reichte die Geschwulst von Lidwinkel zu Lidwinkel, von der Lidkante bis zum oberen Tarsus. Die Lidspalte war durch das unförmige Oberlid fast verschlossen.
Auf Grund dieses Zustandes kam nur eine totale Oberlidresektion in Frage. Diese wurde mit Stirnlappen-Oberlidplastik in lokaler Anaesthesie durchgeführt. Der Heilverlauf war ohne Komplikationen. Die Patientin konnte nach

vier Wochen entlassen werden.

Die histologische Untersuchung des kompletten resezierten Oberlides ergab das Bild eines Mischtumors.

Dieser Fallbericht weist auf folgendes besonders hin:

Möglichkeit des Vorkommens von Tränendrüsenmischtumoren auch fernab der Tränendrüse im Lid.

Diagnostische Schwierigkeiten infolge einer großen Ähnlichkeit dieser Geschwulstformen im Anfangstadium einem Chalazion.

Ausschlaggebende Bedeutung einer histologischen Untersuchung in diesen Fällen.

Möglichkeit eines diagnostischen und therapeutischen Irrtums.

Literaturverzeichnis

1. APPELMANS, M. et WIBO, J. — Adenocarcinoma des glandes de Meibomius. Diagnostic des pseuchalazions. Bull.Soc. belge ophtal. 143, (1966): 634-641

2. ASK, F.R. — Die Anatomie des menschlichen Auges. Eisler. Kurzes Handbuch der Ophtalmologie. F. Schieck und A. Brückner. 1, (1930): 239

3. BARTKOWSKA, M. — A case of relapse of Malherbe's epithelioma. Klin. Oczna 36, (1966): 601-604

4. BÖCK, J. und FEYERTER, F. — Die Tumoren der Tränendrüse. Ophtalmologica 151, (1966): 331-338

5. CORDRAY, D.P. — Mixed tumor of the region of the head. Archiv of Otolaryng. 49, (1949): 631-636

6. CYLWIK, B. — Mixed tumor of the lacrimal gland. Klin. Oczna 35, (1965): 555-558

7. DAS, S.P. — Mixed tumors of the lacrimal gland. J. All. India ophtal. Soc. 9, (1961): 30-32

8. DHERMY, P. et MASCARO J.M. — La tumeur de Malherbe (dite épithélioma calcifié) dans sa localisation orbito-palpébrale. Arch. Ophtal. 26, (1966): 33-48

9. LE DIGABEL, P. — Resultats statistiques de la radiotherapie de contact des épithélimes palpébraux. Bull. Mem. Soc. franc. opht. 78, (1955): 66-69

10. EISLER, P. — Die Anatomie des menschlichen Auges. Kurzes Handbuch der Ophtal. P. Schieck und A. Brückner 1, (1930): 226-247

11. EVANS, P.A.S. — Adenoma in an eyelid. Brit. J. Ophtal. 48, (1964): 234-235

12. FLEMING, N. — Adeno-carcinoma (mixed tumor) of the gland lacrimal. Brit. J. Ophtal. 33, (1949): 763-769

13. FUCHS, E. — Graefe Archiv 24, 2 (1878): 161

14. GEORGIADES, G POLYZONIS, M et CHOCHAMIDIS, D. — Tumor mixte de la glande lacrymale. Arch. Soc. ophtal. Grece Nord 12, (1963): 179-184

15. GERLACH, G. — Über einen Mischtumor der Augenbraue. Klin. Mbl. Augenheil. 83, (1929): 807-813

16. HAMBURGER, F.A. — Zwei ungewöhnliche Lidtumoren. Klin. Mbl. Augenheilk. 143, (1963): 437-438

17. HEYDREUREICH, A. — Differentialdiagnostische Erwägungen bei Tumoren der Augenlider. Deutsch. Gesundh.-Wesen. 19, (1964): 2240-2246

18. HOLLAND, G. — Haemangiome der Lider. Klin. Mbl. Augenheilk. 152, (1968): 365-373

19. HOLLAND, G. — Zur Klinik der Pathologie der Basaliome und Spinaliome. Ophtalmologica 150, (1965): 138-152

20. KREIBIG, W. — Über plastischen Lidersatz. Z. Augenheilk. 95, (1938): 269-275

21. KREIBIG, W. — Über ungewöhnlich gelegene Geschwülste vom Bau der Speicheldrüsenmischtumoren. Frankf. Z. für Pathologie. 42, (1931)

22. KREIBIG, G. — Sobre et tratamento de los epiteliomas palpebrales. Arch. Soc. oftal. hisp. amer. 16, (1956): 343-347

23. KÜMMEL, R. — Lider. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. F. Henke und O. Lubarsch. 11,2 (1931): 139-262

24. LOCHSE, K. und TOST, M. — Zur Frage des Epithelioma calcificans Malherbe. Acta Ophtal. 45, (1967): 876-882

25. LÖHLEIN, W. — Erkrankungen der Lider. Kurzes Handbuch der Ophtalmologie. F. Schieck und A. Brückner. 3, (1930): 243-366

26. MEYER, H.J. — Kombination eines Lid- und Parotiscystadenoms. Klin. Mbl. Augenheilk. 153, (1968): 662-669

27. OFFRET, G. et HAYE, C. — Etude de 12 cas de tumeur de la glande lacrymale. Arch. Ophtal. 28, (1968): 243-246

28. OFFRET, G. et HAYE, C. — Les tumeurs de la glande lacrymale. Arch. Ophtal. 21, (1961): 425-453

29. PAPOLCZY, F. — Bemerkungen zur Klinik und Behandlung des Augenlidkarzinoms. Ophtalmologica Suppl. zu 151, (1966): 495-505

30. PAUS, N. Mischgeschwülste des Gesichtes. Zieglers Beiträge zur pathol. Anatomie. 70, (1922): 96-119

31. PELLATHY, B. Tumorartige Gewebswucherungen ungewöhnlichen Ursprungs in den Augenlidern. Klin. Mbl. Augenheilk. 98, (1937): 678

32. Mc PHERSON, S.D. jr Mixed tumor of the lacrimal gland in a seven years old boy. Amer. J. Ophtal. Ser. 3 61, (1966): 561-563

33. PUSCARIU, H. Mischgeschwulst des Oberlides. Klin. Mbl. Augenheilkunde 89, (1932): 493-499

34. RADNOT, M. und LOVAS, B. Karzinom der Meibomschen Drüse. Histol. und elektronenmikroskopische Untersuchungen, Klin. Mbl. Augenheilk. 151, (1967): 508-514

35. RINTELN, F. Zur Histopathologie der Lidtumoren. Ophtalmologica. 151, (1966): 58-67

36. RUBIN, F.E. Mixed-cell tumor of lacrimal gland. Coll. of Physicians of Philadelphia. Sect. on Ophtal. 31, (1948): 1318-1319

37. SEGAL, P. und KRAWCZYK, Z. Zur Frage der Therapie des Lidkarzinoms mit Cytostatica. Ophtalmologica, Suppl. zu 151, (1966): 527-538

38. STEINMETZ, C.G. Mixed-cell-tumor of the lacrimal gland. Amer. J. Ophtal. 35, (1952): 1034-1039

39. THIEL, R. — Die Behandlung der bösartigen Geschwülste der Lider und ihrer Umgebung. Klin Mbl. Augenheilk. 142, (1963): 213-238

40. WALSER, E. — Zur operativen Behandlung maligner Lidtumoren unter Berücksichtigung des Geschwulstcharakters. Ber. dtsch. Ophtalm. Ges. (1958): 359-363

41. WELLAUER, J. und ALESCH, H. — Über die Malignome am Augenlid. Strahlentherapie. 113, (1960): 485-505

42. WERNER, H. — Beitrag zur Therapie der malignen Lidtumoren. Ophtalmologica. 127, (1954): 219-225

43. WICK, W. — Eine seltene Lidgeschwulst (Fibro-Chondro-Epitheliom). Klin. Mbl. Augenheilk. 65, (1920): 328-334

44. WILMS, — Tumoren der Tränendrüse. E. Seidel. Handbuch der speziellen pathol. Anatomie und Histologie. F. Henke und O. Lubarsch. 11,2 (1931): 301

45. WOLLENSACK, J. und MEYTHALER, H. — Histologie der Lidtumoren mit besonderer Berücksichtigung von juvenilem Melanom (Spitz) und Hidradenoma papilliferum. Klin. Mbl. Augenheilk. 150, (1966): 388-397

LEBENSLAUF

Am 6. März 1933 wurde ich als Tochter des Biologen Karol Hajduk und seiner Ehefrau Karoline in Bialystok (Polen) geboren.
Dort besuchte ich die Volksschule. Im Jahre 1951 absolvierte ich das humanistische Städtische Gymnasium und Lyzeum meines Heimatortes und bestand auch dort das Abitur.

Vom Sommersemester 1951 bis Sommersemester 1957 studierte ich Medizin an der Medizinischen Akademie Bialystok. Nach dem sechsten Semester habe ich ein vorgeschriebenes Ferienpraktikum in der Inneren und Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in Suwalki, und nach dem achten Semester in der Lungenklinik Zakopane erfüllt. Im Laufe des elften und zwölften Semesters habe ich die vorgeschriebene praktische Tätigkeit an der Inneren, Chirurgischen, Kinder und Frauen-Klinik der Medizinischen Akademie Bialystok abgeschlossen.
Am 26. April 1957 bestand ich in Bialystok das Staatsexamen. Die Bestallung als Arzt erhielt ich in Wroclaw am 30. 1.1959.

Nach meiner Vermählung 1957 nahm ich meine ärztliche Tätigkeit im Sanatorium für Rheumakranke in Bad Warmbrunn

(Niederschlesien) auf. 1958 übernahm ich im Städtischen Krankenhaus des gleichen Ortes in der Abteilung für Augenkrankheiten die Aufgaben des Assistenzarztes. Von 1959 bis 1961 war ich zur gleichen Zeit in der Städtischen Augenambulanz als selbständige Augenärztin tätig.

Von 1961 bis 1966 unterbrach ich wegen Ausreise nach Frankreich meine berufliche Tätigkeit. Dort habe ich vorübergehend als Volontärin in der Augenklinik Dr. med. Salmon in Thionville gearbeitet.

Seit 19.9.1966 bin ich als Assistenzärztin in der Universitäts-Augenklinik Homburg/Saar tätig.

DANKSAGUNG

An dieser Stelle bringe ich Herrn Professor Dr. med. W. Kreibig für die Überlassung des Themas sowie für die freundliche Unterstützung bei der Durchführung dieser Arbeit meinen tiefempfundenen Dank dar.